

Enviar este impreso con todos los datos en letras mayúsculas.

*Asociación de Profesionales de la Comunicación de la Industria Farmacéutica (ACOIF)
C/ Serrano 116 - 28006 Madrid o por fax al: 91 3915831*

<i>Nombre</i>	<input type="text"/>
<i>Primer Apellido</i>	<input type="text"/>
<i>Segundo Apellido</i>	<input type="text"/>
<i>Dirección</i>	<input type="text"/>
<i>Ciudad</i>	<input type="text"/>
<i>Código Postal</i>	<input type="text"/>
<i>Provincia</i>	<input type="text"/>
<i>Teléfono</i>	<input type="text"/>
<i>E-mail</i>	<input type="text"/>
<i>Empresa</i>	<input type="text"/>
<i>Dirección Empresa</i>	<input type="text"/>
<i>Ciudad Empresa</i>	<input type="text"/>
<i>Código Postal Empresa</i>	<input type="text"/>
<i>Provincia Empresa</i>	<input type="text"/>
<i>Banco</i>	<input type="text"/>
<i>Dirección Banco</i>	<input type="text"/>
<i>Número de cuenta</i>	<input type="text"/> 20 dígitos

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Cuota anual de asociado: 50 euros

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de carácter personal, se le comunica que sus datos personales formarán parte de un fichero electrónico del que es responsable la Asociación de Profesionales de la Comunicación de la Industria Farmacéutica., con domicilio en C/ Serrano 116, 28006 Madrid